

## APLICACIÓN PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS AÑO FISCAL 2009

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos para sus niños llene, firme, y regrese esta Declaración de Impuestos al centro.

<b>1ra Parte</b>	Llene esta parte para cualquier niño(a) que asista a este centro pero no está incluido en el caso de <i>Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o FDPIR</i> . Siga con las 3ra y 5ta partes.					
1.	Nombre de Niño(s)	Edad	Fecha de Nacimiento			
2.						
3.						
<b>2da Parte</b>	Llene esta parte para cualquier niño(a) que asiste a este centro y está incluido en el caso de <i>Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o FDPIR</i> . Siga con la 5ta parte. <b>Sí no recibe asistencia pública, proceda a la 3ra parte.</b>					
1.	Nombre de Niño(s)	Estampillas de Comida Número del Caso	Asistencia en Efectivo Número del Caso	FDPIR Número del Caso	Edad	Fecha de Nacimiento
2.						
3.						
<b>3ra Parte</b>	Si apunto algún niño en la 1ra parte, DEBE completar esta parte y la 5ta parte. Si apunto niños solamente en la 2da parte, continúe a la 5ta parte.					
<b>OTROS MIEMBROS DE LA CASA: Apunte</b> el nombre de <u>todos</u> los habitantes en su casa. <b>INCLÚYASE USTED, OTROS ADULTOS Y LOS NIÑOS. NO INCLUYA LOS NIÑOS YA APUNTADOS EN LAS 1ra y 2da partes.</b>						
<b>INGRESO MENSUAL: Apunte</b> todos los ingresos que cada persona recibió en el mes previo en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso total ANTES de las deducciones de impuestos, seguro social, etc. Para propietarios apunte los ingresos después de las deducciones. Siga con la 5ta parte.						
1.	NOMBRE (Apellido, Nombre)	Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)	INGRESO MENSUAL Pago Mensuales de Bienestar, Sostenimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc.		Otros Ingresos que se Recibieron el Mes Anterior	
2.						
3.						
4.						
5.						
<b>4ta Parte</b>	<b>Hijos de Crianza:</b> En ciertos casos hijos de crianza "foster" son elegibles para comidas gratis o reducidas a pesar del ingreso de la casa en la cual ellos viven. Si usted tiene hijos de crianza en su casa, por favor indique los nombres de los niños aquí y el ingreso mensual que el niño recibe para uso personal. Continúe con la 5ta parte.					
1.	Nombre de Niño(s)	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingreso Personal del niño		
2.						
<b>5ta Parte</b>	Nombre (en letra imprenta) _____ Dirección _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____					
<b>Certifico que toda la información es verdadera y correcta. Comprendo que esta información es para recibo de fondos Federales; que los oficiales de la institución pueden verificar esta información; y la falsificación intencional puede sujetarme a juicio bajo las Leyes Estatales y Federales aplicables.</b>						
CONFIDENCIALIDAD: La información que usted proporcione se tratará en completa confidencia y sea usada solamente para determinar elegibilidad y verificación de información para los propósitos de Programa de Alimentación de Niños de Cuidado Diurno.						
Firma y Número de Seguridad Social del adulto que firme este formulario o la palabra <i>NINGUNO</i> .						
Firma		Numero de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo")			Fecha	

### To be completed by Site Staff

Signature of Approval: \_\_\_\_\_  
Date Approved: \_\_\_\_\_

Total Household Size: \_\_\_\_\_  
Total Monthly Income: \_\_\_\_\_

Eligibility category:  
 Free  
 Reduced  
 Paid

**APLICACIÓN PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS  
AÑO FISCAL 2009**

Estimados Padres o Tutores:

El Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno requiere que el reembolso que este centro recibe por las comidas servidas a todos los niños esté basado en la Declaración de Ingresos sometida por cada padre a tutor. Esto lo beneficia a usted porque nos ayuda a mantener el precio por cada niño a un nivel bajo. Esta información será confidencial. Si sus ingresos son menores o iguales a los ingresos que se indican abajo, el centro recibirá un reembolso mayor por las comidas que se les sirvan a sus niños.

**DIAGRAMA DE INGRESOS**

Efectivo desde Julio 1 de 2008 hasta Junio 30 de 2009

Número de miembros

en la familia	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL
1.....	\$19,240	\$1,604	\$370
2.....	25,900	2,159	499
3.....	32,560	2,714	627
4.....	39,220	3,269	755
5.....	45,880	3,824	883
6.....	52,540	4,379	1,011
7.....	59,200	4,934	1,139
8.....	65,860	5,489	1,267
Por cada miembro de			
Familia adicional añade	+6,660	+555	+129

En el Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno, ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si usted cree que ha sido discriminado en cualquier actividad relacionada con el USDA, usted debe de escribir inmediatamente a la Secretaría de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

**NIÑOS CON INCAPACIDADES:** Si el médico ha determinado que su niño está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, este centro hará todas las substituciones indicadas por el médico. Si se necesita una substitución, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si usted cree que su niño necesita substituciones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y dénos más información.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños que reciben asistencia publica de los programas de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o del programa FDPIR, únicamente si el nombre del niño, el numero del caso de asistencia publica, y la firma de el miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos es incluida. En algunos casos, niños que se consideran “foster” o hijos de crianza, el centro de cuidado diurno es elegible para reembolso por comidas gratis o a precios reducidos independientemente del ingreso familiar de la familia con que el niño vive.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños de familias con ingresos menores o iguales a los ingresos que se indican arriba. Para que el centro de cuidado diurno sea elegible, la Declaración de Impuestos debe de incluir documentación completa de la información solicitada, incluyendo el total del ingreso familiar, los nombres de todos los miembros de la familia, el numero del seguro social del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos, o la palabra “Ninguno” si es que no tiene un numero de seguro social, la fecha, y la firma del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Ingresos.

El centro de cuidado diurno puede ser elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos si un miembro familiar se queda sin empleo, mientras que el miembro familiar se mantenga sin empleo y si la pérdida de ingresos familiar mantienen el ingreso familiar total a un nivel de ingresos que sean menores o iguales a los ingresos que se indican arriba.

---

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos de el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, usted debe de incluir en su solicitud un número del seguro social. Este debe ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Esta notificación se le debe de entregar al miembro de la familia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para verificar la información incluida en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar el ingreso, con la oficina que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

---

**RAZA:** Por favor indique la raza o identidad étnica de su niño. No está obligado a contestar esta pregunta; necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciban beneficios en forma justa.

Blanco Anglosajón — No de Origen Hispano	Negro o Afroestadounidense	Hispano o Latino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo de Hawai o Isla Pacífico	Asiático
---	-------------------------------	---------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------

**FAVOR DE LLENAR REVERSO DE ESTÁ PAGINA**